

熊本大学学術リポジトリ

Kumamoto University Repository System

Title	日本におけるスピリチュアルケア体制へ向けた医療政策について : スピリチュアル・ケアワーカーの必要性
Author(s)	橋口, 玲子
Citation	熊本大学社会文化研究, 6: 267-290
Issue date	2008-03-14
Type	Departmental Bulletin Paper
URL	http://hdl.handle.net/2298/10153
Right	

日本におけるスピリチュアルケア体制へ向けた医療政策について —— スピリチュアル・ケアワーカーの必要性 ——

橋 口 玲 子

本論文の構成

はじめに

第1節 医療を取り巻く社会的背景

- 1 高齢化率21%
- 2 医療制度
 - 1) 医療保険制度の現状
 - 2) 医療制度の改革
- 3 国民の側に立脚した改革

第2節 終末期医療の現状

- 1 終末期の療養場所
- 2 厚生労働省『終末期医療に関するガイドライン（骨子）』
- 3 臨床現場での現状

第3節 死を受容する文化の構築

- 1 QOD（死の質）
- 2 日本の風土と歴史が生み育ててきた文化
 - 1) 日本人の靈魂観
 - 2) 看取りの文化「臨終行儀」
- 3 「生を支えあう」関係の重要性（ナラティブ・ベイスト・メディスン（NBM）へ）

第4節 日本におけるスピリチュアルケア体制へ向けた医療政策について

- 1 医療者の意識改革
- 2 日本における「スピリチュアル・ケアワーカー」という専門職の必要性
- 3 スピリチュアルケア体制の医療システム化

はじめに

医療技術の進歩、急速な高齢化の進展、国民生活や意識の変化など医療を取り巻く環境は大きく変化している。わが国が直面する少子高齢社会は、多くの死を看取る宿命を負った社会でもあり、死を受容する文化の構築への転換の時期を迎えている。

日本における終末期ケアは超高齢化社会における最重要課題である。回復の見込みがない終末期の患者の医療をどう充実させるか、社会の関心も高まって来ている中、2007年5月、『終末期医療に関

するガイドライン』が発表された。

また近年、終末期医療の分野で「スピリチュアルケア」という概念が注目されるようになり、スピリチュアルペインに対する臨床的アプローチの重要性が議論されるようになってきた。

以下では、日本における終末期医療に組み込まれるべきスピリチュアルケアの具体的な方法は、日本の風土と歴史が生み育ててきた文化に学ぶべきであるという考えに立ち、Narrative-based Medicine による人間理解へ向けたスピリチュアル・ケアワーカーの必要性を述べ、日本におけるスピリチュアルケア体制の医療システム化を提案し、新たな価値の創造へ向けての政策課題を提言する。

第1節 医療を取り巻く社会的背景

1 高齢化率21%

我が国の総人口（1億2,776万人）のうち、65歳以上人口は2,682万人（21.0%）であり、すなわち国民の5人に1人が65歳以上の高齢者である。（高齢化率21% 2005年）また、平均寿命は女性85.49年、男性78.53年で、我が国は現在、人口減少局面に入ったと考えられる。¹また、高齢化の問題は地方の問題と考えられていたが、将来的に高齢化の問題は全国的な問題となることが予測される。急速に進む少子高齢化とともに一人暮らしの世帯が増え、それぞれの人生を映し、人生最期の時もグループホームで最後を迎えたいとか、葬儀の生前契約などさまざまな表情を覗かせ始めている。

家族や意識の変化においては、高齢者夫婦や高齢者単身の世帯の増加が予想され、中高年齢者の子への依存意識は低下してはきているが、手助けの負担度が高い介護に関しては依然として家族中心の介護を希望する割合が高い。完全失業率は依然として高い水準にあるが、65歳以上の労働力人口は20年間で約200万人増加し493万人（2000年）となり、高齢者・女性の就労が進んでいる。²近所付き合いは希薄となってきているが、社会への貢献意識は高いという結果である。³

わが国が直面する少子高齢社会は、多くの死を看取る宿命を負った社会でもあるとも言えよう。内閣府政府広報室が毎年行っている「国民生活に関する意識調査」によると、2005年、医療年金改革が政府に対する要望の第1位に上がり、国民の関心の高さが窺われる。以上のような社会的背景を踏まえた上で医療問題について考察する。

2 医療制度

1) 医療保険制度の現状

我が国の医療制度は、1961（昭和36）年、国民皆保険制度が確立した。全ての国民が、健康保険や、国民健康保険といった公的な医療保険制度に加入するという国民皆保険制度を採用している。こうした仕組みは、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現する上で大きく貢献し、国際的にも高い評価を受けている。

その一方で、近年の医療費の動向をみると、国民医療費は経済（国民所得）を上回る伸びを示している。介護保険制度が施行され、医療の一部が介護に移行した2000年以外は、医療費は毎年約1兆円（3～4%）にのぼる増加を示しており、2003年（平成15）年度の国民医療費は、31.5兆円となっている。⁴

2) 医療制度改革

①「医療制度改革大綱」の決定（平成17年12月1日）

この大綱において、「患者、国民の視点から医療はいかにあるべきかについて、次のような基本的な考え方に基づき、医療制度の構造改革を推進する」として、安心・信頼の医療の確保と予防の重視、医療適正化の総合的な推進、超高齢社会を展望した医療保険制度体系の実現という医療制度構造改革の骨子が決定した。安心・信頼の医療の確保と予防の重視が位置づけられたことの意義は大きい。

②健康保険法などの一部を改正する法律（平成18年6月21日法律第83号）

医療適正化の総合的な推進

中長期的な医療費適正化方策の基本的考え方として、政府は、平成20年度を初年度とする医療費適正化計画（5年計画）において、政策目標を掲げ、医療費の伸びの適正化を図るとした。また、生活習慣病予防の徹底に対しては、政策目標は、生活習慣病有病者・予備軍を25%減少（平成27（2015）年度）とする、平均在院日数の短縮に対しては、全国平均（36日）と最短の長野県（27日）の差を半分に縮小する、医療の必要性に応じた療養病床の再編成については、①療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、②医療の必要性の低い患者については、病院ではなくケアハウス等の居住系サービス又は老健施設等で受けるものとした。

新たな高齢者医療制度の創設（平成20年4月）

75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設し、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。現行の退職者医療制度は廃止するとした。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずるとした。

保険者の再編・統合

また、都道府県単位を軸とする医療保険者の再編・統合を進め、保険財政運営の規模の適正化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進するとした。

平成18年度診療報酬改定

改定率については、診療報酬本体で▲1.36%、薬価について▲1.8%、合計で▲3.16%と決定された。看護配置については「常時7対1」が実現した。1994（平成6）年以来12年ぶりの看護配置引上げである。従来の配置基準「10対1」と比較すれば格段に手厚い配置であり、医療安全の確保と看護職員の労働負担の軽減に寄与すると考えられるが、看護配置基準の更なる引上げが望まれる。看護配置基準引上げに伴い、医療現場においては看護職員確保の努力が続いているが、新卒看護職員の入職後早期離職の問題など、確保の阻害要因となっている。

医療・看護の安全の確保は、「質」を備えた看護職員の「数」の確保が大前提である。また、今回の改定において、通常の医療安全確保体制に加えて、「医療安全管理者」の専従配置や院内感染管理者の配置などのより充実した体制を整えた病院に対し、入院料への加算が新設された。小児科・産科・麻酔科や救急医療などの医療の質の確保に配慮する、また、急性期医療の実態に即した看護配置を適切に評価した改定を行う一方、慢性期入院医療等の効率化の予知があると思われる領域については適正化を図る必要がある。

3 国民の側に立脚した改革

病院の機能分化と連携により在院日数を短縮する、つまり、病院の機能分化と連携を進めることにより入院期間の短縮につなげ、医療費の抑制を目的とする国による医療制度改革が加速しているが、医療を受けるもの（特に弱者）や更には医療者にそのしわ寄せが来ている。

現場では、「次の転院先が見つからない」、「ベッドが空くまで待たなければならない」、「自宅で一人暮らしでは心配」、「ずっとこちらの病院に入院させてもらえないでしょうか」などという言葉が聞かれ、行き場のない高齢者が増えてきている。それは、伸び続ける高齢者の医療費を抑え「社会的入院」を解消するために、療養病床を半数以下に減らす方針を打ち出したことにより、慢性病を抱える高齢者の長期入院を受け入れてきた療養病床の削減が進んできているためと考えられる。

国の政策では、急性期、回復期、在宅医療と医療を連携し、療養病床の再編成を進め、老健施設への転換を中心にケアハウス、グループホーム、有料老人ホームなどへとつなげて、希望があれば看取りまでもフォローする体制の導入を勧めている。平成18年度の改定で「在宅支援診療所」という制度が新設され、診療報酬も高く設定された。しかし、24時間、365日いつでも連絡取れる体制の整備などその実現は厳しいものがある。

今後、団塊の世代の高齢化が進んでいく時、療養病床のような受け皿が削減されていくなれば、寝たきりの状態でも福祉施設や自宅という方向に向かうこととなる。果たして、家族の機能が薄れている現状の中で、自宅で可能であろうか。家族への負担に対して、どこまでそのシステム作りができるか。介護を支える人達の低賃金も問題であり、その質も問われる。

診療報酬改定などにより、国民の医療費負担は重くなってきている一方、病院の収入は削られ、医師不足は深刻となり、病院医療の崩壊が始まってきているという危機感がある。多くの病院において、まじめに取り組む医療者ほど、善意の名の下に自発的な形で過酷な勤務体制が行われている。そのような現場における問題の所在を明らかにし医療の現実を発信することにより、誰もが満足できる医療が平等に受けられる社会への構築へとつながるのではないかと考える。

医療者が疲れていては、良い医療へとつながらない。医療過誤の問題が取りざたされるが、個人の問題という捉え方ではなく、背景にある医療者の置かれている環境に注目し、組織のあり方、ひいては、医療制度の問題提起として捉えられるべきだろう。

今回、医療政策に生活習慣病予防が位置づけられたことは、医療費抑制に不可欠であるためである。結論として、伸び続ける医療費を削減するため、このように様々な医療制度改革が行われているが、経済に基づく改革ではなく、真に国民が満足できる医療を受けられるという国民の側に立脚した改革が求められる。

今回の医療制度構造改革は、課題である高齢者医療制度の創設や医療適正化についての道筋を示すものとして重要であるが、安全で質の高い医療を確保し、皆保険制度を持続可能なものにして行けるかどうかが問われており、今後の医療改革の行方を厳しく検証していかなければならない。

また、それぞれの病院、施設の利益追求だけを求めるのではなく、そこから排除されていく人びとについても考えていくような人間中心の医療の考え方が必要である。そのためには、管理者は、将来構想ビジョンを明確に打ち出し、それを明文化し、ナレッジ・マネジメント⁵しなければならない。どれだけ、人材育成に力を入れるかが、これからの病院の生き残りをかけた競争に打ち勝つ重要な要素となるであろう。

そこで、病院の特性を打ち出すために、認定看護師を表示することと同様、後述するスピリチュアル・ケアワーカーを病院に配置する経営方針を打ち出すということは、更なる他病院との差別化へとつながり、患者が病院を選ぶ基準となることにつながるのではないかと考える。

第2節 終末期医療の現状

1 終末期の療養場所

以前は大家族の中で死を看取するという体験があった。地域の人たちとの結びつきも強くお互いに支えあうという風習もあったが、現在は死のほとんどが病院の中で迎える死である。具体的には、1947年の時点では、全国民のうち病院で死を迎える人は9.2%で、家庭で死を迎える人が90.8%であり、その当時は自宅で最期を迎えることが自然であった。1977年には、病院で死を迎える人は50.6%、家庭で死を迎える人が49.4%であり病院死が家庭死を上回っている。1987年には、70%と30%となり、平成14年人口動態調査では、死亡場所の構成比は、病院81%、自宅など16%、病院以外の施設⁶3%であり、病院で最期を迎えることが当たり前になっている。死は人びとの生活から切り離され、非日常のものとなった。

終末期医療の在り方を探る時、その手本はホスピス・緩和ケアに求められる。しかし、ホスピス・緩和ケア病棟で、死を迎えられる割合は、きわめて少ない。

ホスピス・緩和ケアの定義は、1990年、WHO (World Health Organization) 「世界保健機関」によると、治癒を目指した治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対する積極的な全人的ケアである。その目標は、患者とその家族にとってできる限り可能な最高のクオリティ・オブ・ライフ (QOL) を実現することである。⁷ホスピス・緩和ケアは、治癒不可能な疾患の終末期にある患者及び家族のQOLの向上のために、さまざまな専門家が協力して作ったチームによって行われるケアを意味する。そのケアとは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。⁸また、終末期のケアという捉え方から、診断時から行われるケアであり、終末期に移行していく中で主になっていくという考え方に変わって来ている。

1990年、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た、緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関は、病棟に入院している患者の入院料として診療報酬を算定できるようになり、これにより多くのホスピス・緩和ケア病棟が開設された。2005年末現在、緩和ケア病棟承認ないし届出受理施設は、院内病棟型107、院内独立型41、院内病棟型・独立型併設1、完全独立型4、総計153である。⁹ホスピス・緩和ケア病棟の稼動病床は、平均19床、最少5床、最多42床で、153施設中126施設 (82%) が10床から24床の範囲にある。¹⁰

日本には、約9200の病院があるが、ホスピス・緩和ケア病棟のある病院は2%弱である。政策的に、終末期ケアの場を病院より、在宅や介護保険施設に移すことが推奨されているが、超高齢社会において病院が死亡場所として最も多い現状は、おそらく変わらないであろう。

厚生労働省「終末期医療に関する調査など検討会報告書」平成15年によると、終末期状態における療養場所の項目では、自分が痛みを伴う終末期状態になった場合、多くの一般国民は、自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟または医療機関に入院したい (約48%)、あるいはなるべく早く医療機関または緩和ケア病棟に入院したいとしている (約33%)。自宅で最後まで過ごしたいというのは意外に少ない (約11%)。

自宅で最後まで療養したいと答えた方については、「住み慣れた場所で最後を迎えたい（一般国民66%）、「最後まで好きなように過ごしたい」（一般国民47%）という理由が挙げられる。自宅以外の場所で最後まで療養したいというのは、「自宅では、家族の介護などの負担が大きいから」（一般国民84%）、「自宅では、緊急時に家族へ迷惑をかけるかもしれないから」（一般国民46%）という理由が多い。

近年、一般病棟における緩和ケアに関心が集まってきつつある。特に、死亡の7割が急性期の一般病棟で発生している状況を考えると、スピリチュアルケアの医療体制を、ホスピスなどの特別な患者に対してだけでなく、普遍的に提供できる体制が強く望まれているのである。

2 厚生労働省『終末期医療に関するガイドライン（骨子）』

厚生労働省は、2006年3月富山県・射水市民病院での人工呼吸器取り外し問題が明らかになったことを契機として、2006年9月15日、終末期における延命医療の開始と変更、及び、中止の方針を決定する手続きを盛り込んだ『終末期医療に関するガイドライン（たたき台）』をまとめて発表した。終末期医療のあり方について国が指針を示すのは初めてである。

ガイドラインの内容は、まず、医学的妥当性・適切性を基に、患者の意志決定を踏まえ、主治医の判断によらずに「多専門職の医療従事者から構成される医療・ケアチーム」が慎重に判断すべきと指摘し、「どのような場合にあって、『積極的安楽死』や自殺補助などの死を目的とした行為は、医療者として認められない」としている。

そして今年、2007年5月『終末期医療に関するガイドライン（骨子）』が発表された。その内容は、①患者本人の決定を基本として終末期医療を勧めることが最も重要な原則、②医療の開始、不開始、変更、中止などは医療・ケアチームが慎重に判断する、③治療方針の決定に際し、患者と医療従事者の合意内容を文書化する、④患者の意志を推定できない場合は家族と話し合い、患者にとって最善の治療方針をとる、などが盛り込まれている。¹¹

ようやく終末期医療に関するガイドラインが提示されたという感はあるが、その内容は踏み込んだものではなかった。¹²自己決定権の意義と限界や治療中止の法的な考え方などその課題は多く、その考え方は時代の持つ価値観により変化する可能性がある。これからは、その人が最後まで自分らしく「尊厳ある死」を「自分で創る」時代であり、個人の死生観を背景とする自己決定に沿ったケアが提供される時代であろう。

言い換えれば、その人の選択権や決定権が尊重され、いかに多くの選択肢を用意でき個別性のあるケアを提供できるかが、これからの医療機関の在り方として求められてくるのではないか。

3 臨床現場での現状

ここで、具体的に一般病棟において終末期の患者の置かれている現状を示す2事例（病棟紹介）¹³を紹介する。

〈事例1〉

外科の回診が終わり外交車を押してその病室を後にしたところ、「患者様が呼ばれています」とスタッフから背中をたたかれた。その部屋には、50歳代の女性で末期癌の麻薬使用中の方が入院中であ

る。病名は家族の希望で告知されていない。病室に何うと、「ちょっと聞いてもらっていいですか」と話しかけられた。そこで、ベッドサイドのイスに腰かけた。「いつも、忙しそうだけど、今大丈夫ですか?」と前置きされ、自分の病状が変わらないことを話し始められた。「先生はよくなると、食事もあるようになると言われるけど、もう3か月になる。本当に食べられるようになるのか。みんな良くなって帰っていくのに、おまえだけどんどんやせて…と主人から言われるし…。家族はとてもよくしてくれる。でも家族だけに迷惑をかけるわけにもいかない。私は、良くなるのでしょうか。家に帰りたい」と。それから、子供たちの話に変わり「うちはね、貧乏だったのよ。だから子供たちが協力しあって仲良くといつも言ってきた。息子も東京からよく来てくれて私によくしてくれる」など、家族のこと、旅行の思い出話、先生への感謝の言葉などを話された。そして「こういう話をしたかったのです。若い人に話してもねえ。ゆっくりこういう話をきいてもらいたかったの」とタオルで、涙を押さえながらである。最後に、「お忙しいのに時間をとってごめんね。また話を聞いてね」と繰り返された。

その時間は30分間程であったが、その間2、3回、「時間は大丈夫ですか。すみません」と言われる。途中、何気なく化学療法の輸液ポンプの速度の確認をしたところ、「時間が無いのでしょうか」という言葉が返ってきた。慌しく映る医療現場の中において、自分の体験や想いを他者に理解してもらいたいという人間の本性があり、このような大切な時間が他の何よりも優先されなければならない瞬間があるのである。臨床現場では、このようにイスにすわり、ゆっくりと話ができる時間の確保が難しい現実がある。この背景には、告知の問題もあるが、このように遠慮されながらも、「自分の思いをきいてほしい、わかってほしい」という患者の想いの強さを痛感する。

〈事例2〉

50歳の男性で、末期がんである。外科病棟での手術の時間の合間を見つけ、「散歩したい」という思いに答えるため、年老いた母親に輸液ポンプを押してもらい、病院正面玄関へ一緒に車イスでお連れした。しばらく空や鯉を眺められていたが、今度は自分で車イスを押して練習したいから広いところに連れて行ってくれと頼まれた。そして廊下の広いところで、何度も何度も自分で車イスをまわす練習をされた。母親が「もう看護婦さんも忙しいから部屋に戻ろう」と気を遣われる。自分の体を車イス上で支えるのがやっとで、左半身麻痺の状態であり、ここで転倒されたらと心配しながらも、患者のあせり・もどかしさからの自分での確認行動であると捉え、その思いを少しでも受け止めようと努めた。正直、私は他の患者の手術時間が気になり、他のスタッフからの非難も覚悟の上であった。何度も何度も、どうしたらできるようになるかといろいろと試そうと繰り返されていたその姿が思い出される。

以上の2事例を通して、外科病棟では、手術、回診など処置や救急対応、検査、入退院などが中心であり時間との戦いである。手術や治療など緊急性の高い処置のある患者のケアと訴えがある人の対応が優先され、転倒の危険があるという名目で、結果的に安静を強いている現状もある。重症者と訴えがある人の対応が優先されるが、訴えない人に目を向けることも大切であり、実は、その患者が一番ケアを必要としているかもしれないということを痛感している。

看護者は同時にいくつかの問題を抱えており、じっくりとその患者だけに向き合えない。しかし本当は、ベッドの横のイスに腰かけてゆっくりと思いを聴いてほしいというその方の気持ちに気づいて

いるのである。

患者の立場からすると、どの看護師に話そうかと悩み、そしていつ話しかけたらよいのかとその機会を捜しているのである。そのような負担を強いているのが現状である。患者を孤独にしてはならない。不安なままにしてはならない。しかし、現状はどうだろうか。死の瞬間までその人らしく過ごすことができているだろうか。わが国の医学は、診断、治療技術に関しては、世界のトップレベルにあると言われているが、回復不可能とわかった時点での対応は果たしてどうだろう。

また、病院の構造、設備などにも問題がある。話し声や、機械の音、他の患者の声などが聞こえる。ゆっくりと面会できる場所も限られ、他の患者に気を遣い、面会時間を気にしながらである。大部屋の場合、食事の時間は、そのにおいで吐き気が増すので、廊下のイスに腰掛け、皆が食べ終わられてから部屋に戻る患者もいる。

病院の意見箱に、「観葉植物を置いてほしい。息がつまりそうだ」という意見が寄せられる。「最後に入院している母に、一目かわいがっていた愛犬を見せたい」という要望などもある。つまり、生活の質を高めるような体制、環境ではないということが問題であり、終末期ケアの大部分が、一般病床においてはこのように必ずしも適切でない形で提供されているのが現状である。

患者は症状や治療のつらさの中で、死の恐怖におびえている。思うようにならない自分の病状に対するもどかしさは、もっとも身近に存在する家族に対する、また、医療者に対する怒りなどとして向けられる場合が多々あるように感じるし、死の不安、恐怖などを攻撃的にぶつけてくる患者が増えてきている印象がある。医療者としては、医者に対して向けられる場合もあるが、その対象は看護師へと向けられることが多い。「ナースコールを押してもすぐ来ない」「いつまで待たせるのか」「あの看護師は冷たい」等という表現をされ、その多くは、個々の看護師に対する苦情や、常に自分の側にいてほしいという願いをかなえるため、次から次への訴えという形で表現される。そうすることで、様々な自分の中の感情を無意識に吐き出し、自分の心のバランスを取ろうとしており、またそうせざるをえないほど追い込まれているのである。ナースコールを押し続けるなどの行動は、誰かにずっと側にいてほしいという気持ちの表現である。それに対して、看護師も疲れきっており、問題の患者として申し送りがなされ、しだいに避けるようになっていく。

現在多くの医療機関において訴訟問題があるが、その多くはこのような体制にあることからくるコミュニケーションの不足を原因とするものであると考えられる。

患者は「病状進行と喪失の厳しい現実」がどうしても受け入れ難いが、これは家族にとっても同様である。「もっと早く教えてもらえたらよかったのに……。私たちは、何にもわからないのだから……」「わかってはいるのですが、なんとかならないか」などという発言となって現れる。

医療者側は、何度も説明しているのにもかかわらず同じ質問が繰り返される。それはなぜか。医療者側は伝えているという認識があり、記録にも残しているが、患者、家族はそうは思っていない。今の現実を認めたくない気持ちがあり、きっと良くなるだろうと信じたい気持ちがある。この温度差が多くの問題を生じさせているように思う。そこで、患者だけでなく、家族のつらさも重要視する医療者側の姿勢も求められる。

昨今、医療者側の説明責任を果たすために、病院側はあらゆる問題に対して承諾書、誓約書など、書類をかなり増やしてきている。訴訟に対する危機管理であるが、医療側、患者側、双方の「信頼関係」という基盤が薄らいできている現状があるとも考えられる。

患者様の言葉で、忘れられない言葉がある。「インフォームドコンセントというけれど、それは、何かあった時の医療者の安全のためにあるのではないか」と。

わかりあうケアとは、何か。終末期ケアの在り方として、他者理解とコミュニケーションは、最も重要な課題である。

〈事例3〉

3番目の事例は小児の事例であるが、現在の医療が抱える問題を端的に示しているものとして紹介する。2007/05/19日付熊本日日新聞『治療選択苦しみを与えず1日でも楽しく』¹⁴で紹介された事例である。

2006年5月、悪性脳腫瘍を患った4歳の娘に対して、放射線など積極的な治療をやめ、苦痛を取り除くケアを選んだ両親の話である。2歳の時、脳腫瘍が見つかり、1か月で3度の手術を受けた。「治らない。5年生きられるかどうか。」そう言いながら、放射線治療に入ると告げる医師。「治る可能性が低いのに、幼い子を副作用で苦しませていいのだろうか。」絶望の中、母親はやめたいと訴え、治療の道を探ろうとしていた父親と激しく対立した。

著名な脳外科医に意見を聞くと、「5年以上生きる確立は2パーセント」という厳しいものであり、「苦しみを与えず、1日でも長く、楽しく生きさせたい」と治療中止の希望を伝えた両親を、主治医は責めた。「あなた方は間違っている。絶対に治療すべきだ。お金がもったいなくて言っているんですか。」看護師も「ほかの子のご家族は頑張っているのに」と非難の目を向けた。主治医との溝は埋まらず、両親は転院を決め、カルテを出すよう頼むと主治医は「渡さない。治療が当たり前」と。父親は土下座までしてやっとカルテを手にし、9月末、別の病院の緩和ケア病棟に移った。「子供の受け入れはあまり例がない」と。医師は迷いもあったが、両親の強い希望を受け白衣を脱いでその子に接した。治療中止を決めた両親の話にじっと耳を傾ける一方「気が変わったらいつでも」と治療の道を示した。次第に笑顔を見せるようになった娘は約1か月後、自宅に戻るようになった。「病院で犯罪者のように扱われ、精神的に追い込まれた。転院してやっと悩みを聞いてもらえて救われた」と母親は振り返ったという内容である。

最先端の医療技術の中で、可能性にかけて苦しい治療に臨むことしか選べない。それ以外の生き方は、非難される。葛藤の中で、結果的にその治療を選ばざるをえず、それを拒むことはその病院にはもう通えないことを意味する。その人達の死生観と真剣に向き合っている医療者は果たしてどのくらいいるであろうか。自分の価値観だけで判断してはいないかという問題が提示された事例である。

この主治医の対応は、現在の医療において、治療の方向性としては一般的な対応である。「治療中止の希望を伝えた両親を主治医は責めた」と記載されているが、おそらく治る可能性が少しでもあるのならば、治療をすべきであるという熱意からそう捉えられたのかもしれない。しかし、この記事は患者の立場からの記事であり、できれば客観性という意味で、その医療者にも「あなたの家族だったらどうするか」と問いかけたらどのような回答になるだろうか。なぜ、治療中止を考えたのかということ、医療者は尋ねないでいるのか。その問題を話し合おうという姿勢が感じられたなら、この両親もこのように精神的に追い込まれなかったのではないかと考える。カルテは患者のものであり、土下座までしなければならなかった両親の気持ちを思うと患者は弱者であるということを痛感させられる事例である。今後、このような事例は多く見られると予測される。ぎりぎりまで治療を続けるかど

うかを選択するのは誰なのか。治療を続けることだけがすべてではない。このような場合、誰がこの家族を支えることが出来るのかということが問題である。

第3節 死を受容する文化の構築

1 QOD (死の質)

山中康裕は、「臨床」の「臨」とは臨在すること隣に在ることを意味し、そして「床」はかつては「死の床」を意味していたが、それが17世紀に入って「床」は「病の床」を意味するようになり、「臨床」は医学の言葉となったと述べ、心の「ケア」(看護)からさらに踏み入ってこれからの臨床は、人々のコア(核心)すなわち魂に関わることを求められるのではないかと、それは、ある面では死の床にある人の魂をあの世に送るという臨床の元々の意味に立ち戻ることであるかもしれないと述べている。¹⁵ 私たちが普段使っているこの「臨床」という言葉には、このような深い意味があったのである。

中世のヨーロッパでは、「汝、死すべきことを憶えよ」という言葉が座右の銘とされ、人々は *ars moriendi* (死の芸術) と題された絵や書物で死への心構えを学んだ。そこには、死とは、時間をかけ努力して磨きあげるべき「芸術」だという思想が見られる。

果たして、死に臨む際、自分なりの死を全うできるのであろうか。ドイツの詩人リルケの「各人に自分自身の死を与えたまえ」という有名な言葉もある。彼が批判したのは人々の「死に様」であり、彼は「人間は自分なりの生を全うしなければならないのと同じように自分なりの死を全うしなければならない」ということを強調した。

そして、人生最後の段階が貴重な人格成長の機会となり得ることを意識させるのは Death Education の重要な課題であると言うアルフォンス・デーケンが、「人はおのれの死に方に対する支配力の喪失」が問題だと述べている。¹⁶

また、柏木は、ターミナルケアにおいて、良いケアを提供するためには、「人間理解」が重要であると述べている。更に、傾聴の重要性を述べ、「病状については、今どのように感じていますか」とか「精神的に落ち着いていますか」といった率直な問いかけから、本質的なコミュニケーションが始まることがあるが、このような問いかけは、問いかける側になんかの勇気がないとできず、どんな答えが返ってきても会話を続ける覚悟が要求されるが、患者の「人生の質」を高めるためには、基本的には本当のことを知らないで、良い人生の総決算はできないのであり、つらいことではあるが現実をしっかりと見つめて、自ら質の高い人生の総決算ができるような自律性を日頃から養う努力が必要であらうと述べている。

人々の死にいく様はさまざまである。また、柏木は「人は生きてきたように死んでいく」という考えを述べている。ホスピスの目標は、「その人がその人らしい人生をまっとうできるように援助すること」であり、われわれが望むような死を患者が迎えることを目標にするのは間違っていると言う。ターミナルケアに従事するものは、しっかりと自分の死生観と、それを患者に押しつけない柔らかな心をもっていることが必要であると説く。¹⁷

このように、医療者のかかわり方によって死を迎えるまでのプロセスが影響をうけることも事実であり、この点がとても重要な問題であると考えられる。

間鍋、内布らは、『看取りに関する最近の研究動向』¹⁸の中で、「看取りケア」の実施においては、安楽の援助やプライバシーへの配慮など、患者の基本的な援助は積極的に実施されていたが、家族への

介入や「死」を受容するための援助は実施されにくい傾向にあり、臨床経験年数、専門領域、終末期看護への興味関心などの因子が高いほど「看取りケア」得点が高いことを紹介し、終末期看護に対する興味関心を持ち学習することが、患者や家族への包括的な援助につながることを示唆されると述べている。

今まで、それぞれ違う生き方をしてきた人びとが、最後は同じような死に方しか選べない。今、このどのように死ぬかということについて、私たち一人ひとりが考えていかなければならない時代なのである。

2 日本の風土と歴史が生み育ててきた文化

日本人は、死をどのように捉えていたのか。日本の風土と歴史が生み育ててきた文化に学ぶべきことがあるのではないだろうか。

ここでは、日本人の靈魂観について歴史的に概観する。

1) 日本人の靈魂観

宮田登は、「民俗学から見た靈魂感」というテーマで靈魂について以下のように紹介している。古い日本人の風俗習慣とか、記録に残されないで民間に残ってきているような具体的な風習の中に、靈魂というものが大変重要な位置を占めている。靈魂というのは、民俗学の立場からは、それがあるとかないとか、信ずるのかそうでないのかという迫り方はしない。日常伝わっている生活の仕方のなかに、おそらく約70%近くの人々が靈魂の存在を認めているゆえに成り立っているような風俗習慣があまりにも多いということを指摘することによって、日本の文化にひそんでいる世界観というか、あの世の問題とこの世の問題といったものを取り上げて、日本人の信仰を考えようとしている。

宮田は、靈魂の再生ということが魂送りの習慣の中から導き出されるとしている。そして、日本では、アニミズムの世界が、現代社会にあっても共存しながらなお継続していることに意義があり、日本文化の深層に迫るキーワードとなり得ると述べている。¹⁹⁾

また、森は、古代日本においては、日本固有の觀念に仏教思想、道教思想など、海彼から伝えられた思想が重なり、またそれらが融合して複雑な様相を呈していると述べている。しかも、仏教以前の死と冥界像さえもたとえば古事記のヨモツクニのように死体の腐乱する疎ましい世界もあれば、山吹の咲く清らかな泉としての黄泉の世界もあれば、一方で死者が白い鳥となって天空を翔りゆく姿として想像することもあって、決して一様ではないとその特徴をまとめている。²⁰⁾

中澤は、古典によると、儒仏渡来以前に死後の世界は記述がないとし、本居宣長の随筆『玉勝間』を紹介している。この中に、「人のうせたる後のわざ」と題して、『古事記』に載せる天若日子の葬儀のことを記し、「こまかなる事は、すべて知がたし」とある。『古事記』には、伊邪那美命が死後に行った国を黄泉国と記しているが、宣長はこれについても、「さて豫美は、死し人の往て居国なり」「唯死人の往て住国と意得べし」（『古事記傳』六）と記してあって、詳しく知ろうとしていないと紹介している。更に、宣長の門人の服部中庸は、『三大考』と題し、この地上の世界と天井の世界、黄泉の国について紹介している。『古事記』には天地が分かれて、燃え上がり澄んだ部分が天となり、濁り淀んだものが地となったとあるが、中庸は天に高天原、地下に黄泉国を考え、その中心に地上を据えた。この中庸の『三大考』を発展させたのが平田篤胤である。

篤胤は『靈の帆柱』の中で、人の靈魂の行方を考え、「この書は古学する人が大倭心を築き固める

ために書いた」と述べ、「国学流の死後安心の書」であると紹介している。その内容は、宣長は、死後だれもが黄泉国へ行くが、篤胤は黄泉国ではなく、大国主神が掌る幽冥界に行く」と述べている。地上の世界は天照大神が統治される場で、幽冥界（あの世）は大国主神の主宰する場であると述べ、このことは、『古事記』にも記されていると言う。

篤胤は、幽冥界はこの我々の生活をしている地上の世界にあるのだが、目には見えないと説明している。それは幽冥界は暗い所だからと説明し、暗いところから明るい場所は見えても、明るいところから暗いところが見えないのと同じという例えを引いている。そして、人は死んでからのち幽冥界へ行き、そこから子孫や親族の行動を見守っており、それは身近な場所であると言う。²¹

更に、久野は、日本人は仏教から多くを学んだが、日本人の他界観を形作った要因は単に仏教的なものだけではなく、そこには日本古来の自然霊崇拜の他に儒教的な祖先崇拜などの影響もあると述べる。²²

同様に、山折は、日本文化の重層構造を紹介し、日本人の意識の中には三つの大いなる文化の層が重層的に畳み込まれていると述べている。我々のもっとも深層の意識に流れているのは、3千メートル上空から眺めおろされた日本の風土、その日本の風土が育んだ感性であり、文化である。その最深層の意識の上に、その後、農業革命に伴って生じた稲作農耕社会の観念や世界観、宇宙観が積み重なり、さらにその上に、明治以降の近代化革命によって生じた近代文明の観念や物の考え方が積み重なり、こうして積み重なった三重構造の意識の中にわれわれは生きているのではないかと言うのである。

その上で山折は『万葉集』を紹介している。この『万葉集』には多くの「挽歌」が収められているがその背景に共通する観念もしくは信仰があることに気づくと述べ、それは「死んだ人間の魂は必ず高いところに行く」というものである。日本列島はどこに行っても山があり、その山の山頂に生い茂っている樹木の梢のあたりに死者の魂が漂っている、或いは、山を取り巻いている雲や霧に死者の魂がのぼって行く、といった歌が圧倒的に多いと紹介する。万葉人は「肉体と靈魂は別々のもので、大事なのは靈魂のほうだ」と信じ、これは日本列島に住む人々が縄文の昔から抱いてきた、いわば神道的な感覚であると述べている。

そして、6世紀半ば、仏教が伝来してきたが、人間の体と心は一体であるという「心身一元論」と山折は説く。そもそも仏教では、ブツが靈魂の問題を論ずるなどと言っているとし、仏教は、六道輪廻からの解脱を理想としているので、永遠に存在する靈魂というものは論じないというのが基本的立場で、これが仏教教理の根本になっていると言う。

しかし、山折は、神道的な「靈肉二元論」と、新たに入ってきた仏教の「心身一元論」の二つはまったく相容れないものであるが、新たに入ってきた仏教は、死んだ人の魂は高いところにのぼるという以前からの神道的な信仰を駆逐することができず、逆にその影響を受け、ついには靈魂を受け容れてしまったと述べる。それも、宗教戦争をするというような激烈な形によってではなく、重層化する形で受け容れたと。靈肉二元という神道的な信仰の上に、外来の仏教の心身一元という信仰が、互いに排除することなく重なった。そして、『万葉集』の時代を起点とし、重層化しはじめた神道的な靈肉二元論とインド仏教的な心身一元論は、その後千数百年の歴史を経るなかで、日本人の感覚のなかに深くしみこんだまとめている。²³

つまり、日本人の靈魂観は、日本文化の重層構造が深く影響しているという結論である。人は死後幽冥界へ行き、そこから子孫や親族の行動を見守っており、それは身近な場所であるという日本人の

霊魂観の原点は、平田篤胤の『霊の帆柱』に求められるのではない。肉体と霊魂は別々のもので、大事なのは霊魂のほうだという日本列島に住む人々が縄文の昔から抱いてきた、いわば神道的な感覚が仏教伝来以後も日本人の感覚のなかに深くしみこんでいる。

2) 日本の看取りの文化「臨終行儀」

スピリチュアルケアという言葉が、なぜ日本では根づかないのか。キリスト教を中心としたパストラルケアを輸入するのではなく、日本の風土と歴史が生み育ててきた文化に学び、その在り方を探ることが日本人の霊性を捉える際に重要であると考えた。この場合、仏教を抜きにしては日本人の霊性は考えられない。

周知のごとく、仏教は、ゴータマ・ブッタ（釈尊）によって示された教えである。釈尊出家の目的は、生・老・病・死の四苦を解決することにあった。そして仏教の慈悲の教えこそ「救い」がいかなるものであり、どのようにしたらその「救い」が得られるかを示すものである。「慈悲」とは、仏教の根本であり、多くのものを慈しむという気持ちがその出発点である。日本においては、平安時代より、延暦寺や高野山などをはじめ、大寺院には必ず、無常院、涅槃堂、往生院、看病堂などの堂院が存在していた。そして、そのような僧坊で、臨終の観念や行儀がなされていたのである。²⁴

日本的ターミナル・ケアの原点、日本の看取りの文化として、我々が今日でも行っている看取りの基本形態が、「臨終行儀」と言われるものである。「臨終行儀」は、仏教思想を基盤に、死に臨んだ（臨終）人の心得と、看取りの作法（行儀）と、それが行われる場について示したものである。

次に、日本浄土教の先駆者恵心僧都源信（942～1017）の臨終行儀について紹介する。従来、日本における仏教の看取りは、『往生要集』を撰した源信による「二十五三昧会」に始まるとされており、『往生要集』の巻中末には「臨終行儀」という項があり、治病・療養と看取り、埋葬に関することが述べられている。つまり、臨終行儀とは、死を迎える心構えをいかにすべきかという、死への用意であるということが出来る。それは、死を迎える者と、それを看取る側、各々の立場からの死に対する心理的ないし動作的に具体的な対応を意味し、人間にとって避けることのできない最期の瞬間を、仏教的立場から受容しようとしたものである。

源信の臨終行儀の内容は、①「無常院」という別所を作り、病者を安置する。②無常院には金箔の仏像を置き、西方にむける。（仏像の向きは逆でもよい。その場合は、病者の前。）③像の右手を挙げ、左手には五綵の幡。幡の足は垂れて、地に曳くようにする。

④病者は像の後ろにあって、左手に幡の足を取り、仏をとおして浄土の想をなす。

⑤看護する者は、香を焚き華を散らして病者を莊厳し、尿尿・吐唾があれば、随時これを取り除く。

さらに、別所がなければ、いかなる場所でも看取りが可能であるとしてある。

源信は別所に移る理由を「執着をなくすため」としているが、この看取り空間が俗事から離れた清浄な「聖域」に近いものとして、境界が引かれていることは注目に値する。すなわち、源信以前には、看病施設もしくは死につながる施設が「不浄」「穢れ」の空間として捉えられていたものが、まったく逆の意義づけがなされたのである。

源信は、986年「二十五三昧会」を創設した。それは、極楽往生のために仲間が契りを結び、毎月15日に念仏三昧を行い、臨終まで共に助け合う同行の結社的性格を持ったものであった。

臨終行儀の原型は、中国教者善導（613～681）の『観念法然』及び『臨終生念訣』にあり、それが日本における臨終行儀の潮流とされる。²⁵

この善導大師の『臨終正念訣』は、その後の臨終行儀書の原点であり、近代以前において、わが国では、臨終重視の風潮が盛んであったことは歴史的にみても歴然としており、多くの臨終行儀書が残されている。多くは、人間が命終の時に臨んで浄土に往生したいと思ったならば、何をおいても心の準備が大切であると説いている。「死を恐れたり生きることに執着することを止めなさい。常に、我が現在の身には多種多様の苦があって不浄の悪業が種々にまわりついていると自ら思念しなさい」とある。

また、「明らかに浄土を解する人（善知識＝真の友人、仏道を正しく導いてくれる人）を招請し、できるだけ病者に教えて念仏を策励するならば、それが最も良いことである」と説いている。『臨終用心』を書いた可円は、「死はこの上なくよいことだと思ふべきで、死ぬと思つてはならない。生まれると思え」という言葉を残している。つまり、念仏を唱えることで、極楽浄土を思い浮かべ、そこに新たに向かうという前向きな気持ちを持つることにより、死の混乱から脱することができるということであろう。

山折は、来迎が最後の最後においてもあらわれてこないという可能性、「罪相」しかあらわれてこないという可能性こそは、むしろ源信が「臨終の行儀」を書くにあたっての、暗黙の大前提ではなかったのではないだろうか、だからこそ、病人と看病人は、「来接の想」と「罪相」の問題に徹底的にこだわり、執着しなければならなかったのではないだろうかと分析する。²⁶キリスト教にしても、仏教にしても信仰を持つことができる人は、その拠りどころがあるという点で共通している。その拠りどころを失い確信できないがため、死の不安が増しているのではないか。山折の指摘は、現代人の多くに当てはまると思われる。

必ず迎えるその時のために私たち一人ひとり、どのように今を生き、死を迎えるのかということを目下から考える必要がある。その心得と作法を考えるために手段として、この『臨終行儀』は、重要な意義があり、私たちが亡くしたその答えの一部が隠されているのではないかと考える。

つまり、日本の看取りの文化「臨終行儀」において、より徹底した死への看護がなされていたという歴史的事実がある。そして、現代の病院において、この臨終行儀を創造するという新たな取り組みの可能性があるのでないかということを示唆された思いがする。

鈴木大拙（1870－1966）は、霊性は人類に共通するものであるが、霊性の現れる様式には多様性があると述べ、日本的霊性は法然と親鸞の他力思想にあるとし、この二つの流れが日本人の霊性の根源であるとしている。しかし、前述したように法然と親鸞以前の流れに着目することがより重要ではないかと考える。

日本人のスピリチュアリティの特徴は、自然や人間関係に強い影響を受けている。日本人は一般に明確な神観をもっていないと言われるが、日本人は人間の生命を生み出した何かが存在すると漠然と信じている。

生きる意味やエネルギーにつながる「拠りどころ」は、他者、神、自然、自己の現在または、将来あるべき姿というように、個人によって異なる。しかし、その「拠りどころ」と現実の自分との関係性によって、スピリチュアリティは生き生きとした状態にも、混迷した状態にもなりうるという点で共通している。²⁷

日本人にとっては、スピリチュアリティを考える時、この「関係性」という言葉が重要なキーワードではないかと考える。鎌田は、「日本人にとってのスピリチュアリティ」とは、何よりも、生きる

基盤としての自然といのちに対する畏怖・畏敬と親愛の念であり、その存在感覚であると述べ、物に宿る霊性や気配の感覚が日本文化、「日本人にとってのスピリチュアリティ」には浸透していると述べる。そして、人間の感覚能力と再編成を探ることはきわめて重要な21世紀的課題となると述べる。²⁸

結論として言えば、キリスト教のように神との関係ではなく、日本人にとっては、「生を支えあう」関係の重要性が指摘できるのではないか。

3 「生を支えあう」関係の重要性（ナラティブ・ベイスト・メディスン（NBM）へ）

高度化する医療技術と、それに頼ろうとする医療制度の中での医療現場においては、薬剤の開発や医療従事者の努力により、痛みに対してのコントロールは随分と進んできている。しかし、患者のスピリチュアルな側面の表出に対しては、前述したように、臨床現場において省みることができない現状にある。

「WHOの専門委員会報告書第804号」は、患者は肉体的、精神的、社会的苦痛と共にスピリチュアル・ペインを持っているので、その緩和が重要であると述べ、スピリチュアルケアを重視した点で画期的な声明である。人間がスピリチュアルな存在であるがゆえに、全人的ケアの視点からみればスピリチュアル・ペインの緩和が重要課題であるという認識を示すものであり、スピリチュアル・ペインからの解放も患者にとっては「権利」であり、医療者には「責任」として示されたと言える。

それに対し、日本は、1998年の第101回執行政事会での議論の中で、「このような根本的な変更となる修正には、加盟国がそれについて勉強する時間をもっと必要である」と発言する立場をとっている。²⁹

現在の日本においては、スピリチュアリティ³⁰とは何かということの共通認識が十分に構築出来ておらず、未だ概念研究の段階である。スピリチュアリティは、宗教のように組織・教義・礼典・教祖をもたないもので、非常に主観的、個人的で、自由さを持っている。

現在、日本におけるスピリチュアルケアの中心となるのは、キリスト教におけるパストラルケア³¹、仏教におけるビハーラケア³²などがそれぞれの視点からこのスピリチュアルケアに取り組んできている。それぞれの立場からの研究は勿論重要であるが、私は、それらを踏まえた上でいかなる宗教に属する人にも、あるいは、既存の宗教に無関心で信仰心のない人にも、人間が根源的に有しているスピリチュアリティは潜在的にあるという視点で捉える。そのスピリチュアリティを重視し、日本におけるスピリチュアルケアの臨床における具体的方策を探る必要性があるのではないか。

W・キッペスは、スピリチュアルケアは近代日本の医療において伝統がなく、位置を持たない一つの理由として、明治時代、近代的医学を身につけるためにヨーロッパ特にドイツに渡ったときドイツの医学界は哲学的伝統から科学的医学へと変化し、社会そのものに宗教離れが起きていた時期であったからであると述べている。³³

その背景である、国家体制、習俗、文化がキリスト教的基盤にあり、欧米のほとんどのホスピスは、ボランティアや寄付金によって運営されている。この、文化に違いがあるという点は重要である。

傾聴と共感、患者と共に在ることが重要と言われてはいるが、実際にこの分野における研究が実践に即した具体的な事例としてまとめられている例は、数少ない。

森田達也らの研究グループ「厚生労働省第3次対がん総合戦略研究事業「QOL向上のための各種支援プログラムの開発研究班」」などが、スピリチュアルケアについて最先端の研究をしている。

これまで治療を優先としてきた医学モデルだけでは、残された時間を無意味化してしまう危険性が生じ、「生を支えあう」関係の重要性が、強く求められてきているのである。

「ナラティブ・ベイスト・メディスン」という言葉自体は、1998年英国で初めて公表された。ナラティブは日本語では「物語り」「語り」などと訳されている。斎藤は、「ナラティブ・ベイスト・メディスン」の最初のステップとして患者さんの語る「病の体験の物語り」を丸ごと傾聴し、尊重することが極めて重要であり、その基本姿勢はまず「患者の主観的体験を尊重する」ということにあると述べている。そして「ナラティブ・ベイスト・メディスン」という視点を医療、医学に導入すると、まず目の前の患者の最大幸福に焦点を当てるような医療の方法論が定着し、科学的な一般真実を求めるということではなく、目の前の患者が大事であり、そういうことが心置きなく実践できるような理論的基盤が定着するのではないかと述べている。³⁴辻内は、「医療化を超えてナラティブ・ベイスト・メディスン（NBM）へ」というテーマの下で、今後スピリチュアリティに関わってゆく医療者にとって、“ナラティブ・アプローチ”に一つの希望が見いだせると述べている。そして、病者を病の経験の専門家として敬意を払い、病者の生活や人生に対して第三者的視点から評価し判断するのではなく、あくまでも第二者として関わるという2者関係こそが大切なのであると言う³⁵

私は、まさしく「生を支えあう」関係の重要性を重視するこのような姿勢が日本のスピリチュアルケアの基本になると考える。そして、患者の病苦の物語と、医療者の医学という物語が、あくまでも対等なものとして、摺り合わされ新しい物語を作り出してゆくというプロセスが大切であると思う。

第4節 日本におけるスピリチュアルケア体制へ向けた医療政策について

次に、日本におけるスピリチュアルケア体制の医療システム化の具体的方策を提案する。

1 医療者の意識改革

現在、病院というコミュニティは、様々な医療改革に基づいた経営改革が行われ、大きく変容を求められている。価値観の多様化と権利意識が急速に高まり、医療機関は患者の選択権や決定権を尊重しなければならない状況となった。また同時に、個人情報保護法が成立し、個人情報の保護と情報開示にも留意しなければならない時代でもある。選ばれる病院となるための競争原理が働くことで病院が淘汰されてきて、患者に選ばれる病院が生き残るという反面、社会的弱者や現場のスタッフへそのしわ寄せがきているという印象もある。

平成17年の医療安全対策検討会議において、安全管理はもちろんのこと、医療の質と、国民の主体的参加という重点項目が挙がっており、これらの点は今後さらに重要になってくると考える。「患者の安全と安心、満足度」はもちろんのこと、これからは、「医療者の安全、安心、満足度」も重要な視点となる。また、経営資源の中には、人、物、金、時、情報に、文化・風土という新たな視点を捉え、その文化風土を育てる地域の特性なども考えていく必要がある。

そして、最も求められているのは、患者参加の医療安全、「共に創る」という医療者の意識改革なのである。また、これからは、病院完結型から地域完結型へ向けて、福祉の視点、生活の視点が求められてくる。医療者は患者の価値観の多様化、権利意識の変化、社会の医療事故への関心などに厳しく向き合わなければならない。

病院における伝統的な医療者と患者の関係は、医療者の権力的優位性と、両者のコミュニケーションの困難さを特徴とするとも言える。信頼関係という点において、スピリチュアル・ケアワーカーの

存在は欠く事が出来ない存在となる。医師とも、患者とも一定の距離を隔てたポジションを取れるという立場にあるが、より患者・家族側に立脚し、アドボカシーの視点で臨む姿勢が求められる。

2 日本における「スピリチュアル・ケアワーカー」という専門職の必要性

第2章3臨床現場での現状（一般病棟の事例紹介）で論述した内容は、特別な事例ではない。患者・家族の気持ちに寄り添い、じっくりと向き合い、患者・家族の話を聴く体制へ向けた取り組みが求められているのである。

スピリチュアル・ケアワーカーの業務内容

今回提示された厚生労働省のガイドラインは、終末期を迎えた患者及び家族と医師を始めとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインであり、担当医ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカーなどの、医療・ケアチームで患者及び家族を支える体制を作ることの重要性が示されている。

医療提供体制整備や人材育成が急務であるという認識は高まってきていると考えられるこの時期に、その核となる存在の育成が大切である。今後、ニーズが拡大する在宅医療においても疼痛の適切な緩和はもちろんであるが、家族の機能が低下している現状の中で、本人、家族を支える存在はとても重要となる。

スピリチュアル・ケアワーカーとは、患者家族の心の声に耳を傾け、情報提供、相談体制など中心となってい、患者とその家族を支える存在である。死の時期を予感し、その日を口にする患者もいる。死について語ることの意味を知り、死の話題から逃げない。その時期の見極めが非常に重要となると考える。家族や大切な人達との時間を大切に、患者が望むなら死の言語化を助け、感謝の気持ちを持ち、安らかな状態でその瞬間を迎えることができる大切な時間に立ち会う。その人の生き様を理解し、生きてきた証をとともに振り返る時間を持ち、残された時間についてどのように過ごしたいのかを共に考える。何より、側に在る、聴く、手を当てる、祈るという視点も大切となり、ナラティブ・アプローチが重要となる。最後の一瞬までその人らしくありたい。過去の体験を音楽と共に思い出すことがあるが、音楽療法などや、或いは、自分誌に挑戦したり、旅行の思い出をたどったりと、最期まで創造的に生きる可能性を提示することが大切となるのではないかと考える。

また、終末期医療体制の充実に向けて、在宅終末期医療が行える体制づくり、地域のネットワーク作り、医療者のためのスピリチュアルケアの研修、緩和ケアチームを作ることも同時に求められる。

スピリチュアル・ケアワーカーの候補者

厚生労働省「新たな看護の在り方に関する検討会」報告書³⁶によると、骨子において、「医療を担う人材と資質の向上」とあり、「時代の要請に応じた看護の在り方の見直しと資質の向上」とある。

現在、日本看護協会において、社会のニーズに応える17分野の認定看護師がおり、2007年総数3000人を突破した。そのなかで、緩和ケア分野では、15回目の今年、121名の認定看護師が新たに誕生した。そして今年、4月施行の改正医療法で「専門性の広告」が看護師にも拡大され、一般市民が医療施設を選択する際の有用なる情報の一つとして提供できるようになった。

スピリチュアルケアを病院の基本的なサービスとして位置づけ提供できる体制とするためには、ホスピスの医師・看護師や日本看護協会において実施されているがん専門看護師やホスピス認定看護師だけでは絶対数が明らかに足りない。できれば、各病院、施設、在宅への援助機関に最低一人ずつは

必要である。

そのために、市町村ごとにその担当を配置し、地域の特性に合わせた内容を地域全体として取り組む必要がある。³⁷

具体的には、現段階では、団塊世代の退職が問題とされているがその看護師を候補に考えている。多くの人生経験を積み、その経験された知恵を活かせないものか。今まで勤めていた病院などの置かれている現状を熟知し、その地域の環境や社会資源にも精通し、何よりもその地域での人的ネットワークを持っているという強みがある。その方々にスピリチュアル・ケアワーカー養成教育を受講した上で、認定制度を設けることが必要となる。

スピリチュアル・ケアワーカー養成の教育方法

スピリチュアル・ケアワーカー養成の教育方法として、厚生労働省を中心にし、各大学研究機関、日本看護協会（がん認定看護師、ホスピスケアの認定看護師を中心として）、各県の保健行政担当、ビハラー、ホスピス病院などからのプロジェクトチームを作り、日本における具体的なスピリチュアルケアの方策を検討し、さらに、医療人類学、社会学、倫理学、法律学などの有識者の意見を参考にし、ガイドラインを発表する必要がある。その上で教育内容を検討し、教育体制を立ち上げる必要がある。スピリチュアル・ケアワーカー養成には、たとえば、熊本県には、5人程認定看護師がいるがその方々を中心に編成し、ホスピス医師や各大学の先生方、日本看護協会の講師の先生などに担ってもらおうという構想である。

スピリチュアル・ケアワーカー養成の教育内容

教育内容は、現在行われている日本看護協会において実施されているがん専門看護師やホスピス認定看護師のスピリチュアルペインへの援助の教育体制を中心に考えている。また、各看護大学での教育内容も検討する必要がある。さらに、高野山大学での教育内容や、パストラルケアワーカー養成所などの教育内容、現在行われている看護教育の教育内容をその地域の大学などと協力して行う必要がある。

現在は、それぞれが、それぞれの立場においての研究が進んできているが、その知を結集し、日本におけるスピリチュアルケアの医療体制化に向けて取り組むことはできないだろうか。大切なことは、日本人のスピリチュアリティの研究が必要であり、日本の風土と歴史が生み育ててきた文化に学ぶべき視点を持って、教育内容を構築しなければならない。そして、文化風土を育てるその地域の特性なども重要である。

人間観の教育、自分自身を知る教育、コミュニケーションの教育、倫理教育、死生観育成などが中心になるのではないかと考えている。「どのような人間観を持っているか」が大切であり、多様な価値観に向かい合わなければならない。技術とか、方法論だけでなく、最も根本にある「人間をどう捉えるか」ということに対する教育や、人間を霊的に捉える視点も求められる。また、倫理的側面も重要である。坂本らの「日本の終末期医療に携わる臨床看護師による終末期看護教育コンソーシアムの教育プログラムを用いた終末期看護倫理教育」³⁸などのスピリチュアルケアに関する内容なども検討し、体系化できないものであろうか。

現在は、それぞれが、それぞれの立場で研究会などを立ち上げているのが現状であるが、その知を結集し、日本的なスピリチュアルケアのガイドラインを作成する必要がある。

3 スピリチュアルケア体制の医療システム化

日本におけるスピリチュアルケアの具体的な方法を模索しながら、政策の課題を提案することにより、高齢化社会において重要な課題である日本におけるスピリチュアル・ケアワーカーの必要性の認識とその地位の確立が早急に求められていることを医療現場に立つ者の視点から論じてきた。

質の高いケアを提供するということは、個々の自己研鑽だけに終わらず、阻害している環境を変えるために、政策を見直す必要がある。制度は、与えられ、振り回されるばかりでなく、臨床からの声を挙げ変革していかなければならない。医療制度改革の流れの中で、看護師は自らの行動に対する責任と責務を果たすことが、社会的承認に結びつき、社会的地位を確立することにつながる。

変革期の時代に対応するために、自発的価値の創造が今後の専門職としての課題である。日本のスピリチュアルケアの医療体制を普遍的に提供できる体制の構築のためには、「生を支えあう」関係の重要性がある。日本人のスピリチュアリティの特徴は、自然や人間関係に強い影響を受けており、そのような日本的なスピリチュアルケアの在り方としては、辻内の述べた「患者のナラティブを重視していく」という、ナラティブアプローチにヒントがある。

そして、何よりも重要なことは「スピリチュアルケア体制の医療システム化」であると考ええる。現在は、病院で看護を行った際に得られる診療報酬の一つに入院基本料があるが、この算定は、新人看護師も、経験を積んだ看護師も人数では同じ一人であるため、経営的に、経験浅い看護師を多く配置することにつながっている。そこに強い危機感を感じる。

厚生労働省の中央社会保険医療協議会（中医協）は、医療制度において特に大きな影響力を持つものの一つであり、2年に1度行われる診療報酬の改定を策定している。勝村は、診療側の委員は、7名であるが、看護師の代表はいないことを紹介し、今、看護師に求められているのは、改革の流れに戸惑うのではなく、改革が本来あるべき医療を実現するチャンスだと捉える意識改革を行い、医療制度改革の推進役になろうとする気概を持つことを主張している。³⁹

「スピリチュアルケア体制の医療システム化」に関しては、介護保険制度のように、行政としての取り組みが不可欠である。

そして、病院機能評価⁴⁰の中でも、この点に関わる項目を取り上げるべきである。「患者・家族の意向を確認し、QOLに配慮した終末期ケア」という表現にすべてが含まれているが、現段階においては、具体的な患者様へのスピリチュアルケアに関しては、踏み込まれていない。2007年5月『終末期医療に関するガイドライン（骨子）』が発表されたことを受け、おそらく評価項目の中に取り込まれることが予測できる。

制度として定着させ、普及するためには、スピリチュアル・ケアワーカーを配置している病院には、厚生労働省は保険点数を加算するなどの対応を取ることが必要となる。診療報酬として加算されれば、導入はスムーズに行われるであろう。医療訴訟の問題においてもこの制度が導入できたならば、訴訟負担は軽減すると断言できる。

スピリチュアル・ケアワーカー育成のためには、変革に向けた確固たる信念を持った人びとがその強い意志のもとに、プロジェクトチームを立ち上げ、「学習する組織」を創造する必要がある。

次の課題としては、日本におけるスピリチュアルケアについてのガイドラインの作成や、スピリチュアル・ケアワーカーの教育の体系化が重要となる。日本では、まずこの教育者を育成することから始めなければならない。死は不可避である以上、自分の死をどのように迎えるかは、今をどのよう

に生きるかであり、個人の価値観による。死を自然の営みとして受け入れられるよう、人生の最期の瞬間を真摯に向き合えるように、死について語り合う時代を迎えているのではないだろうか。

最後に、医療とは、単なるサービス業ではなく、また医療者の奉仕的な精神に頼るものもなく、国民が知的に構築すべきものであり、文化的レベルを表す財産でもある。「よりよき死を迎えられないということは、社会の問題であり、社会全体での解決策を要する。それは、健康政策の構造と経済の反映であり、また我々の文化と価値観によるものである」⁴⁾という言葉を用いし結びとする。

注

- 1 2005年（平成17年）の人口動態統計（概数）によれば、出生数は約106万人、死亡数は約108万人、出生数と死亡数の差である自然増加数は約2万減となる。晩婚化、未婚化、夫婦出生数の減少など合計特殊出生率は1.25となり、戦後最低を更新した。
- 2 20～59歳の女性の労働力率は1975年の53.9%から66.9（2004年）になる。（平成18年版厚生労働白書）
- 3 家族の世帯人員数は、1953（昭和28）年の5.00人から2.68人（2005年）に大きく減少し、核家族世帯や単身世帯は増加し、三世帯世帯は減少の傾向にあり、世帯は小さくなっている。65歳以上の者とその子の同居率は、1980（昭和55）年の69%から2005（平成17）年に45.0%となってきており、高齢者夫婦や高齢者単身の世帯の増加が予想される。家事や育児に専念する専業主婦の世帯と共働き世帯は、ほぼ同数となっている。
（平成18年版 厚生労働白書）
- 4 厚生労働白書（平成18年版）p. 153
- 5 ナレッジ・マネジメントとは、経営資源としての知識の重要性に着目した最新の経営理論・実践であり、既存の知識を共有・活用しながら新しい知識を創り続ける「知識経営」を意味する。
- 6 病院以外の施設とは、特別養護老人ホームと介護保険施設のこと。
- 7 1991年に発足した全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会（会長 柏木哲夫）（2004年日本ホスピス緩和ケア協会と改称）は、1997年「緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準」を発表し、その中で「ホスピス・緩和ケアの基本的な考え方」を示している。
- 8 緩和ケアの基本的な考え方（WHO1989年）は、以下のとおりである。
 1. 人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる「死への過程」に敬意をはらう。
 2. 死を早めることも死を遅らせることもしない。
 3. 痛みやその他の不快な身体症状を緩和する。
 4. 精神的・社会的な援助を行い、患者に死が訪れるまで、生きていることに意味を見出せるようなケア（霊的ケア）を行う。
 5. 家族が困難を抱えて、それに対処しようとするとき、患者の療養中から死別したあとまで家族を支える。
- 9 末期ケアの歴史は、19世紀にさかのぼる。世界で最初に末期患者の死のケアを目的とした近代ホスピスが誕生したのは、アイルランドの首都ダブリンで“メアリー・エイケンヘッド”という修道女が、貧しく病に苦しむ人々に捧げた「短い期間であっても人間らしく世話を受けられる家庭＝ホーム」と呼ぶ安息の場を提供したのが始まりと言われている。
- 10 緩和ケア病棟の施設基準（2006年4月1日）は、以下のとおりである。
 1. 主として末期の悪性腫瘍の患者または後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを病棟単位で行うものであること。
 2. 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はそ

の端数を増すごとに一以上であること、ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、前段の規定にかかわらず、二以上であることとする。

3. 当該病棟を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 4. 当該病棟を行うにつき十分な構造設備を有していること。
 5. 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。
 6. 健康保険法第六十三条第二項及び老人保健法第十七条第二項に規定する選定療養としての特別の療養環境に係る病室が適切な割合であること。
 7. 財団法人日本医療機能評価機構が行う医療機能評価を受けていること。
- 11 〈終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン〉厚生労働省 平成19年5月
 - 12 たとえば、稲葉は、東京高等裁判所平成19年2月28日判決（川崎協同病院事件控訴審判決）を紹介し、自己決定権という権利行使により治療中止を適法とするのであれば、このような事情の介入（急に意識を失った者）は、終末期医療に伴う家族の経済的・精神的な負担等の回避という患者本人の気持ちには必ずしも沿わない思惑が入り込む危険性がつきまとうため、患者による自己決定ではなく家族による自己決定にほかならないことになってしまうから、否定せざるを得ないという判断を紹介した。しかし、今回の終末期医療に関するガイドラインによると、「家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする」とされていることを指摘した。
 - 13 ベッド数60床で外科、婦人科を中心とする混合病棟。外科医者3名、婦人科医者1名、看護師22名、看護助手4名体制。10：1看護、3交代体制。病院機能評価（V5.0）認定。
 - 14 〈資料〉2007/05/19日付 熊本日日新聞『治療選択 苦しみを与えず1日でも楽しく』
 - 15 山中康裕『臨床ユング心理学入門』, PHP 新書, 2000, p. 15
 - 16 アルフォンス・デーケン『よく生きよく笑いよき死と出会う』, 新潮社, 2003
 - 17 柏木哲夫『死にゆく患者の心に聴く—末期医療と人間理解』, 中山書店, 1997
 - 18 間鍋俊美・内布敦子「看取りに関する最近の研究動向」『緩和ケア』Vol. 17, NO. 2, 2007, p. 135
 - 19 宮田登 日本を語る7『靈魂と旅のフォークロア』, 吉川弘文館, 2006
 - 20 高橋隆雄・田口宏明編熊本大学倫理研究会4『よき死の作法』, 九州大学出版会, 2003, p. 205
 - 21 中澤伸弘『やさしく読む国学』戎光祥出版株式会社, 2006
 - 22 久野昭『異界の記憶 日本のたましいの原像を求めて』, 三省堂, 2004
 - 23 山折哲雄『日本のこころ、日本人のこころ』, 日本放送出版協会, 2004
 - 24 田代俊孝『仏教とビハーラ運動』, 法蔵館, 2001, p. 74
 - 25 水谷幸正『仏教とターミナル・ケア』, 法蔵館, 1996
 - 26 山折哲雄『お迎えのとき 日本人の死生観』, 祥伝社, 平成6年 p. 170
 - 27 緩和ケア研究会編集『緩和ケア9』, スピリチュアルペイン青海社, 2005
 - 28 鎌田東二「日本人にとってのスピリチュアリティ」『病院』Vol. 64, No. 7, 2005, p. 538
 - 29 津谷喜一郎、山積龍之介「健康とスピリチュアリティ」『病院』Vol. 64, No. 7, 2005, p. 534
 - 30 スピリチュアリティという言葉は、1998年、国連の世界保健機関（WHO）の会議で健康の定義にスピリチュアルという言葉を入れる提案が、アラブ諸国を中心に提出された。WHO 専門委員会報告書では、“spiritual”を「人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉」と定義しており、「“生きていること”がもつ霊的な側面には宗教的な因子が含まれているが、“霊的”は、宗教的と同じ意味ではない」としている。

31 臨床パストラル教育（以下 CPE：Clinical Pastoral Education）

パストラルケアとは、キリスト教を起源とするスピリチュアルケアのことである。パストラルケア（PASTORAL CARE）のパストル（PASTOR）とは、羊飼いや牧者を意味しており、イエスは、自らを「羊飼い」と呼び、羊飼いは迷える子羊、つまりキリスト信者を正しく導くことを使命としていた。そのような流れから、牧師や神父のことを「パストル（PASTOR）」と呼ぶ。従って、パストラルケアとは、キリスト教信者の責任者として信者への配慮（ケア）のことを指す。キリスト教に基づく健全なスピリチュアリティを有するものが、それをもって人を導き、援助することがパストラルケアである。

西洋の医療界では、スピリチュアルケア、スピリチュアルケアワーカーの存在は伝統的な地位を占めており、スピリチュアルケアは、患者の権利として扱われている。イギリスやアメリカには「パストラルケア部 PASTORAL CARE 部」、ドイツの国公立医療施設では、「SEELSORGE 魂の配慮部」などが存在し、連邦共和国基本法（憲法）の中で、医療施設でのスピリチュアルケアが保証されている。また、イギリスでは、（NHS；National Health Services〈イギリス〉国家医療制度）は、医療施設におけるスピリチュアルケアに関するガイドブックを発行している。

欧米諸国の医療におけるパストラルケアの担い手は、大学で4から8年の過程を修め、資格と認定を得たチャプレンの職にあるもので、欧米においては、パストラルケアは、専門職としての地位を確立している。パストラルケアを普及、研究する機関として、福岡県久留米市に、「臨床パストラルケア教育研修センター」が、1998年に発足し、パストラルケアの教育、研究が行われている。

32 仏教におけるビハーラケア

ビハーラケアとは、仏教を基盤としたスピリチュアルケアのことである。ビハーラの語源は、古代インドにおいて仏教典などに使用されたサンスクリット語の「ビハーラ Vihara」である。本来の意味は、「休養の場所、散歩して気晴らしすること、仏教徒の僧院または寺院」などの意味を持つ。

ビハーラ運動とは、ビハーラということを契機として、ほかでもない私の、あなたの「いのち」の尊さということを考え、ひいてはその「いのち」を見守る、より大きな「いのち」の存在に気づいていくことが目的である。ビハーラケアとは、日本の習俗や文化に根ざした、仏教を基盤とした形のケアを模索しようという試みから生まれたものである。

33 ウェルデマール・キッペス監修、関屋栄子訳『NHSにおけるスピリチュアルケア』、サンパウロ、p.57

34 斎藤清二、立命館大学人間科学研究所公開講演「ナラティブ・ベイスト・メディシン」

35 辻内琢也「スピリチュアリティへの医師の関わり」『病院』、Vol. 64, No. 7, 2005, p. 547

36 厚生労働省「新たな看護の在り方に関する検討会報告書」、看護問題研究会監修、日本看護協会出版会、2004

37 平成18年版看護白書「Ⅱ地域の緩和ケアネットワークにおいてチームケアの要となる看護の役割」岡部まゆみ、pp. 49-61、

広島県緩和医療支援センターにおける、緩和ケア支援室などの取り組みなど参照
〈広島県緩和ケア支援センターについて〉

広島県では、県内全域に緩和ケアサービス、特に在宅緩和ケアを推進するための拠点として、2004（平成16）年9月広島県緩和ケア支援センターを設置して運用を始めた。

緩和ケア支援センターの具体的機能としては、①在宅緩和ケアの重点的な支援、②施設緩和ケアの推進、③地域における総合的な緩和ケア提供体制の構築、④緩和ケアを担う人材の育成、⑤緩和ケア診療機能を有する、である。

- 38 『先端倫理研究』第2号, 熊本大学倫理学研究室紀要, pp. 54~65
- 39 日本看護協会出版会 I N R 「医療制度改革と看護」2007, 第30巻第3号, 通巻131号
- 40 財団法人日本医療評価機構による終末期ケアの評価内容
財団法人日本医療評価機構は、医療の質の向上を図るため、病院を始めとする医療機関の機能を学術的な視点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第3者機関として平成7年7月末に設立された。
- 41 アメリカ, ヘースティングセンター, 2006年3月

〈引用参考文献〉

- アルフォンス・デーケン『よく生きよく笑いよき死と出会う』, 新潮社, 2003
- ウォルデマール・キッペス監修, 関屋栄子訳『NHSにおけるスピリチュアルケア』, サンパウロ p. 57
- 柏木哲夫『死にゆく患者の心に聴く—末期医療と人間理解』, 中山書店, 1997
- 鎌田東二「日本人にとってのスピリチュアリティ」『病院』Vol. 64, No. 7, 2005, p. 538
- 神居文彰・田宮仁・長谷川匡俊・藤腹明子著『臨終行儀』日本のターミナル・ケアの原点, 溪水社, 1993, pp. 104~107
- 監修湯浅泰雄, 春木豊, 田中朱美『科学とスピリチュアリティの時代』, 星雲社, 2005
- 緩和ケア研究会編集『緩和ケア9』, スピリチュアルペイン青海社, 2005
- 窪寺俊之『スピリチュアルケア学序説』, 三輪書店, 2005, p. 9
- 厚生労働省「新たな看護の在り方に関する検討会報告書」, 看護問題研究会監修, 日本看護協会出版会, 2004
- 斎藤清二, 立命館大学人間科学研究所公開講演「ナラティブ・ベイスト・メディスン」『先端倫理研究』第2号, 熊本大学倫理学研究室紀要, pp. 54~65
- 高橋隆雄・浅井篤編『日本の生命倫理 回顧と展望』, 九州大学出版会, 2007
- 高橋隆雄・田口宏明編熊本大学倫理研究会4『よき死の作法』, 九州大学出版会, 2003, p. 205
- 田代俊孝『仏教とビハラー運動』, 法蔵館, 2001, p. 74
- 辻内琢也「スピリチュアリティへの医師の関わり」『病院』Vol. 64, No. 7, 2005, p. 547
- 津谷喜一郎, 山積龍之介「健康とスピリチュアリティ」『病院』Vol. 64, No. 7, 2005, p. 534
- 中澤伸弘『やさしく読む国学』, 戎光祥出版株式会社, 2006
- 日本看護協会出版会 I N R 「医療制度改革と看護」2007, 第30巻第3号, 通巻131号
- 久野昭『異界の記憶 日本のたましいの原像を求めて』, 三省堂, 2004
- 平成18年版看護白書「Ⅱ地域の緩和ケアネットワークにおいてチームケアの要となる看護の役割」岡部まゆみ, pp. 49-61,
- 平成18年版 厚生労働白書 厚生労働省／編宮田登 日本を語る7『靈魂と旅のフォークロア』, 吉川弘文館, 2006
- 間鍋俊美・内布敦子「看取りに関する最近の研究動向」『緩和ケア』Vol. 17, NO. 2, 2007, p. 135
- 水谷幸正『仏教とターミナル・ケア』, 法蔵館, 1996
- 山折哲雄『お迎えのとき 日本人の死生観』, 祥伝社, 平成6年 p. 170
- 山折哲雄『日本のこころ、日本人のこころ』, 日本放送出版協会, 2004
- 山中康裕『臨床ユング心理学入門』PHP新書, 2000, p. 15
- 宮田登 日本を語る7『靈魂と旅のフォークロア』, 吉川弘文館, 2006

On the medical policy to constitute the system of spiritual caring in Japan : in search of the necessity for spiritual caring worker

HASHIGUCHI Reiko

The environments that surround the medical treatment such as the advancement of Medical Technology, the rapidly growing segment of old people in the population, the life style of people have changed greatly. Such an aged society that our country faces is a society that has its fate to take care of a lot of deaths.

The end period caring in Japan is a high-priority issue in the super-aged society. How is the medical treatment in the patient in the end period to be enhanced. The 'Guideline concerning terminal care' was announced in May, 2007, when the concern of the society had arisen.

And the concept "Spiritual care" has come to be paid to attention in the field of terminal care in recent years, and the importance of a clinical approach to a spiritual pain has come to be discussed.

In the following, it will be showed that it is necessary to build into the terminal care system in Japan the spiritual caring method. The necessity of spiritual caring worker who has the skill to understand people's narrative is to be described.